



**WELL CHILD EXAM - EARLY CHILDHOOD: 4 YEARS**  
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

童年早期：4歲

由家長填寫兒童的情況

兒童姓名

出生日期

過敏症

目前用藥

自上次體檢後出現的病症/事故/問題/擔憂

是 否

☐ ☐

我的孩子飲食多樣化。

是 否

☐ ☐

我的孩子能單腳跳躍。

☐ ☐

我的孩子能與其他兒童和睦相處。

☐ ☐

我的孩會唱歌。

☐ ☐

我的孩子會自己穿衣。

WEIGHT KG/OZ. PERCENTILE

HEIGHT CM/IN. PERCENTILE

BLOOD PRESSURE

☐ Review of systems

☐ Review of family history

Screening:

MHZ

R

L

Hearing Screen

4000

2000

1000

500

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vision Screen

20/ \_\_\_\_\_

20/ \_\_\_\_\_

Development

N

A

☐

☐

Behavior

☐

☐

Social Emotional

☐

☐

Gross Motor

☐

☐

Fine Motor

☐

☐

Physical:

General appearance

N

A

☐

☐

Skin

☐

☐

Head

☐

☐

Eyes

☐

☐

Ears

☐

☐

Nose

☐

☐

Oropharynx/Teeth

☐

☐

Neck

☐

☐

Nodes

☐

☐

Mental Health

☐

☐

Chest

N

A

☐

☐

Lungs

☐

☐

Cardiovascular/Pulses

☐

☐

Abdomen

☐

☐

Genitalia

☐

☐

Spine

☐

☐

Extremities

☐

☐

Neurological

☐

☐

Gait

☐

☐

Describe abnormal findings:

Diet

Elimination

Sleep

☐

Hct/Hgb

☐

Dental Referral

☐

Tb

☐

Lead Exposure

☐

Fluoride Supplements

☐

Fluoride Varnish

☐

Review Immunization Record

Health Education: (Check all completed)

☐

Nutrition

☐

Limit TV/Computer Time

☐

Development

☐

Regular Physical Activities

☐

Car Safety/ Booster Seat

☐

Safety

☐

Passive Smoking

☐

Discipline/Limits

☐

Helmets

☐

Child Care

☐

Other:

Assessment:

IMMUNIZATIONS GIVEN

REFERRALS

**NEXT VISIT: 5 YEARS OF AGE**

HEALTH PROVIDER NAME

HEALTH PROVIDER SIGNATURE

HEALTH PROVIDER ADDRESS

## Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Early Childhood (4 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions.  
They are not comprehensive guidelines.

### Fluoride Screen

Check with local health department for fluoride concentration in local water supply, then use clinical judgment in screening. Look for white spots or decay on teeth. Check for history of decay in family.

### Lead Screen

Screen children for these risk factors:

- Live in or frequently visit day care center, preschool, baby sitter's home or other structure built before 1950 that is dilapidated or being renovated.
- Come in contact with other children with known lead toxicity (i.e., blood lead 15 ug/dl).
- Live near a lead processing plant or with parents or household members who work in a lead-related occupation (e.g., battery recycling plant).

### Hepatitis B Vaccine

- For children and adolescents not vaccinated against hepatitis B in infancy, begin the hepatitis B vaccine series during any childhood visit. Give the second dose at least one month after the first dose and give the third dose at least four months after the first dose and at least two months after the second dose. Hepatitis B vaccine is required for school entry.

### Developmental Milestones

Always ask parents if they have concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, or the MacArthur Communications Development Inventory.

Yes	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dresses with supervision.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Plays games with other children (e.g., tag).</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Says what to do when tired, cold, hungry.</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Says first and last name when asked.</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Walks up and down stairs, alternating feet.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Balances on each foot for 2 seconds.</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copies a circle.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inappropriate play with toys/no pretend play.

**Instructions for developmental milestones:** At least 90% of children should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on *even one* of the underlined items, or if you have checked the **boxed item** (abnormal behavior at this age), refer the child for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies with questions or concerns on childhood development.**



健康兒童體檢 - 童年早期：4歲  
WELL CHILD EXAM - EARLY CHILDHOOD: 4  
(符合EPSDT早期定期檢查、診斷和治療指南標準)

日期

童年早期：4歲

由家長填寫兒童的情況

兒童姓名

出生日期

過敏症

目前用藥

自上次體檢後出現的病症/事故/問題/擔憂

是 否  
☐ ☐  
☐ ☐  
☐ ☐

我的孩子飲食多樣化。

我的孩子能與其他兒童和睦相處。

我的孩子會自己穿衣。

是 否  
☐ ☐  
☐ ☐

我的孩子能單腳跳躍。

我的孩會唱歌。

體重 千克/盎司 百分比

身高 厘米/英寸 百分比

血壓

☐ 系統審核

☐ 家族健康史審核

檢查：

聽力檢查

MHZ

R

L

4000

2000

1000

500

視力檢查

R 20/

L 20/

N

A

發育

行為

社交情緒

大的肌肉運動

細致的肌肉運動

身體：

整體外觀

皮膚

頭部

眼睛

耳朵

鼻子

口咽/牙齒

頸部

淋巴結

精神狀況

N

A

胸腔

肺部

心血管/脈搏

腹部

生殖器

脊椎

手足

神經

步態

N

A

說明異常發現：

飲食

排洩

睡眠

☐ Hct/Hgb

☐ 牙科轉介

☐ 結核

☐ 受鉛污染

☐ 氟化物藥品

☐ 氟化物鈉劑

☐ 審核免疫記錄

保健教育：（勾劃所有已完成的項目）

☐ 營養

☐ 限制電視與電腦時間

☐ 發育

☐ 定期運動

☐ 乘車安全與加固兒童車座

☐ 安全

☐ 被動吸煙

☐ 管教與定立規矩

☐ 頭盔

☐ 托兒

☐ 其他

評估：

已完成的免疫接種

轉介

保健服務機構名稱

保健服務機構地址

下次檢查：5歲

保健服務機構簽名

## 4歲小兒的保健

**重要標誌。**

**小兒在4至5歲期間的生長發育。**

地上下樓梯毫無困難。

蹦跳。

用長的語句表達。

談論明天將發生的事和昨天發生過的事。

可以用手指數數。

認識一些字母。

記住自己的地址和電話號碼。

玩打扮的遊戲。

**您可以在與您的孩子玩耍時幫助她學會新技能。**

**若需要幫助或詳細資訊，請聯繫**

**關於您覺得談論有困難的話題之兒童書籍：**請向您當地的衛生部門或公共圖書館的兒童圖書部圖書館員詢問。

**關於教導孩子懂得防火安全方面的幫助：**請與當地消防站的消防員交談。

**保健須知**

您的孩子在開始入學前需要接受某些免疫注射。您一定要讓您的孩子儘快接受這些免疫注射。若您決定您的孩子將不接受某些疫苗注射，您必須簽署一份免除接種表格。

每天至少為孩子提供五小份水果和蔬菜。這些都是健康食品和好的零食。

幫助您的孩子獲得足夠的睡眠，這樣她才能更愉快，學習也會更輕鬆！讓她早一些睡覺，保證晚上有10-12小時的睡眠。利用固定的睡前作息安排讓她安靜下來。睡前讀一段故事或一起交談。

**子女教養須知**

鼓勵您的孩子用詞語向您敘述他為何感到煩惱或悲傷。您先自己做一遍向他示範。

每天花時間與您的孩子一起閱讀、作遊戲或在室外作活動式的遊戲。

兒童會很自然地對自己的身體產生好奇。簡單而誠實的回答會有助於兒童對自己的身體有正常感。對於私處應使用真實的名稱。

**安全須知**

兒童加固車座是為稍大的小兒準備的！在您的孩子長高到足以使用成年人安全帶前，都應在後座使用兒童加固車座以及肩/膝安全帶。不久就會要求使用兒童加固車座，直到兒童滿6歲或60磅為止。

一定要讓您的孩子知道自己的地址和電話號碼。教她如何在緊急情況下撥打911緊急電話。告訴她，若必須打電話求助，就要在線上等候。在家中用玩具電話來練習。

教孩子在衣服著火時止步、脫掉衣服，並在地上打滾。